Rok XXIX. Kraków, 20 Września 1890. Nr. 38.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physioum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Nowa metoda resekcyi stępu.

Podał
Prof. Dr. A. Obaliński.

Jużto metod do resekcyi na stopie wykonać się mających wcale nam nie brak, dosyć przypomnieć, że Lauenstein, przedstawiając na ostatnim wiecu chirurgów niemieckich swój sposób cięcia, nazwał go trzydziestym siódmym. Chociaż przyznaję, że byłbym w kłopocie przy wyliczeniu owych 36 metod poprzedzających, chyba, że wliczyłbym tam i cały szereg amputacyj osteoplastycznych wcale do resekcyj zaliczać się nie mogących, to jednak i tak znalazłaby się bardzo poważna cyfra metod resekcyjnych mniéj lub więcéj używanych; dziwnym dlatego a przynajmniéj może zbytecznym wydaje się mój pomysł wystąpienia przed *forum* kolegów jeszcze z jedną metodą, co wzniecić może tylko obawę jeszcze większego zamięszania w sprawie, już i tak nie bardzo jasnéj.

Trzymając się jednak starodawnego naszego przysłowia, że „od przybytku głowa nie boli“, jakoteż będąc przekonanym, że w téj walce metod, jak w każdéj walce, uledz musi słabsza przed silniejszą, że więc z długiego szeregu tych, co stanęły w szranki, pozostanie zaledwie kilka najlepszych, śmiało staję do tego turnieju naukowego z moją metodą, a to tembardziéj, jeżeli pomnę, że dotyczy ona właśnie tylko jednéj części stopy, to jest przedniéj czyli dolnéj połowy stępu (*tarsus*), dla któréj rozporządzamy zaledwie kilkoma metodami.

Jedne bowiem ograniczają się do wyjęcia pewnych ważnych składników stawu skokowego, jak n. p. wyłuszczenie kości skokowéj podług Vogta, wydobycie kości piętowéj, kości sześciennéj — inne usuwają kości składające się na staw skokowy górny, a więc obydwie kostki i kość skokową, jak owe typowe resekcyje Langenbecka, Königa, Hütera, Kochera, a w końcu i Lauensteina; operacyja Władimirowa-Mikulicza wydobywa zarazem i kość piętową. Wszystkie one jak widzimy zwracają się ku wielkim kościom stępu i dolnym nasadom kości podudzia, niektóre z nich tylko dozwalają pośrednio i to niedokładnie rozpatrzeć się, a zatem i usunąć drobne kości stępu, a tem mniéj ich sąsiadki, t. j. podstawy kości śródstopowych.

Do osiągnięcia tego celu służą nam dwie metody, t. j. poprzeczne przecięcie stopy podług Bardenheuera i prawie równocześnie podana i mało od poprzedniéj różniąca się metoda Linka. Obiedwie one odsłaniają nam wybornie pole operacyjne, lecz dotknięte są jedną i tą samą, a zdaje mi się nienajmniejszą wadą, którą jest konieczność przecięcia w poprzek ścięgien i nerwów, przebiegających po grzbietowéj stronie stopy. Wprawdzie pokazało się z doświadczenia, że nie koniecznie potrzebnem jest zespajanie końców rozdzielonych tych tworów, że one w wielkiéj liczbie przypadków same się zrastają, lecz nie da się zaprzeczyć, że tu i owdzie wydarza się upośledzenie ruchów i unerwienia, a w każdym razie znaczne skrócenie, a tem samem zniekształcenie stopy.

Wobec tego postanowiłem dostać się do drobnych stawów stępu za pomocą cięcia podłużnego, któreby jak najmniejszą liczbę ścięgien i nerwów przecinało, kształtowi stopy mniéj zagrażało niż cięcie poprzeczne, a mimo tego dozwalało odsłonić kości tak dobrze, jak to ostatnie.

Najbliższą była myśl dwóch cięć bocznych podłużnych, z którychby dostać się można tak od strony grzbietowéj jak i podeszwowéj między owe kości a pokrywające je części miękkie. Jednak postępowanie to nie zadowoliło mnie, gdyż, albo zdecydować się trzeba w każdym razie na wypiłowanie zupełne całego szeregu kości, chociażby i niektóre z nich były zdrowe, albo na działanie po omacku, jak to czynimy w przeważnéj liczbie przypadków, używając tak zwanego skrobania i łyżeczkowania kości. Że zaś to ostatnie w bardzo wielu przypadkach gruźliczego zajęcia kości (a o to się tu przeważnie rozchodzi) zawiodło, że z drugiéj strony ile możności staramy się, i to słusznie, unikać owych typowych resekcyj, pociągających za sobą znaczną utratę szkieletu kostnego, dowodzić chyba tego nie potrzebuję; przekonał się o tem każdy chirurg nieco więcéj, osobliwie w zakładach publicznych, zajęty a zresztą stwierdza to cały szereg ostatnich prac w tym zakresie ogłoszonych.

Rozpatrując się na fantomie stopy, pozbawionéj skóry i należycie rozczłonkowanéj, doszedłem do przekonania, że aby jak najmniéj przeciąć ścięgien i nerwów (o naczynia krwionośne nie troszczyłem się tutaj wobec licznych anastomoz) należy wkraczać cięciem na wskroś prowadzonem pomiędzy palcem trzecim a czwartym, a to z następujących powodów:

1) gdyż idąc tą drogą natrafiamy na najprostszy rozdział pomiędzy kośćmi drobnemi aż do kości skokowéj i piętowéj;

2) gdyż tnąc w ten sposób najmniéj przecinamy mięśni i ścięgien stopy w poprzek, a mianowicie padają ofiarą tylko: ścięgna wyprężacza i zginacza palców 5° i 4°, jakoteż ścięgno mięśnia strzałkowego długiego (*extensor et flexor dig. quinti et quarti, tendo peronei longi*), przyczem nadmienić wypada, że ścięgna te z łatwością po skończonéj operacyi zeszyć się dają; kilka mięśni mniejszéj wagi przecina się wzdłuż.

3) gdyż na téj drodze napotykamy bardzo mało nerwów; ofiarą pada z większych nerwów jedynie *n. plantaris externus*, którego zakres działania znacznie jest mniejszym niż towarzysza jego po stronie wewnętrznéj.

Według powyższych wskazówek anatomicznych wykonywam cięcie to w sposób następujący: stojąc twarzą zwrócony do podeszwy stopy, na któréj ma się odbyć operacyja, chwytam lewą ręką za dwa ostatnie palce jéj, jeżeli to jest prawa stopa, zaś za trzy pierwsze, jeżeli operuję po stronie lewéj, podczas gdy asystent odciąga ku sobie pozostałe trzy, względnie dwa palce, i przykładam nóż amputacyjny średnich rozmiarów ostrzem do rozciągniętéj w ten sposób pletwy międzypalcowéj. Jednem silnem pociągnięciem noża przecinam części miękkie między trzecią a czwartą kością śródstopową i dostaję się aż do stawu między kością sześćścienną a zewnętrzną klinową położonego. Aby weń dobrze trafić należy teraz silnie obiedwie połowy stopy od siebie odciągać, co gdy się stało, przedłużam cięcia w częściach miękkich tak od strony grzbietowéj jak i podeszwowéj po kilka centymetrów, przez co otrzymuję całe przedstopie, rozdzielone na dwie połowy aż do linii stawowéj zwanéj Chopartowską, a rozciągnąwszy je rękami tak silnie, żeby aż prawie prosty kąt ze sobą tworzyły, przejrzeć mogę dokładnie całe wnętrze stopy, albo wiem widzę główkę kości skokowéj obok przedniéj powierzchni kości piętowéj, daléj mam kość sześćścienną i kość czółenkową, jednę kość klinową i dwie kości śródstopia w całéj swéj długości odsłonięte.

Wiadomą jest rzeczą, że prawie wyłącznie wykonywamy resekcyje i jéj pokrewne operacyje dla sprawy gruźliczéj w kościach się rozwijającéj, inne wskazania należą tutaj do rzadkości. Ta zaś sprawa rzadko ogranicza się, przynajmniéj w stawach złożonych z wielkiéj liczby kości drobnych, do jednéj kości, najczęściéj zajmuje ich kilka na raz; jeżeli więc odsłaniamy sobie tak znaczną liczbę w skład wchodzących kości, to z pewnością w każdym przypadku podejrzanym natrafimy odrazu na kilka kości sprawą zajętych, a wyjmując je umożebniamy sobie obejrzenie i reszty kości, które cięciem nie zostały odsłonięte. W ten sposób możemy wydobyć po kolei kość sześćścienną, czółenkową i wszystkie klinowe, obejrzeć dokładnie przednie części skoku i pięty z jednéj strony, a wszystkie podstawy kości śródstopia z drugiéj.

Jeżeli proces jest już znacznie posunięty, to rozpoznanie go w kości nie ulega wielkim trudnościom, lecz ocena nie jest tak łatwą w pierwszych początkach, jak o tem przekonywamy się przy licznych artro- i artrektomijach wykonywanych w ostatnich czasach we większych stawach, n. p. kolanowym. Każda zatem metoda, która pozwala nam przy jak najmniejszem nadwyrężeniu miękkich części odsłonić kości w stawach ile możności najdokładniéj, zasługuje zdaniem mojem na uwzględnienie; to też polecam ją jak najusilniéj szanownym kolegom, a to tembardziéj, że o jéj wyniku na żywym człowieku nic jeszcze z własnego doświadczenia powiedzieć nie mogę. Wprawdzie użyłem jéj raz jeden i tak ja sam jak i moi asystenci byliśmy z niéj bardzo zadowoleni, tak co do przystępu do stawów, jak i co do kształtu stopy po operacyi. Niestety jednak był to przypadek bardzo zaniedbany, a zatem i rozległy, który wymagał wyjęcia bardzo wielu kości i odznaczał się nadto wielkiem zniszczeniem części miękkich tak, że w kilka tygodni późniéj musiałem z powodu obfitego ropienia odjąć stopę sposobem Symego. Mimo tego pouczył mnie ten przypadek, że kształt stspy, po zespojeniu części miękkich kilkoma szwami daje się utrzymać znakomicie.

II. O nerwicach urazowych.

Podał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

Zaburzenia w czynności układu nerwowego, występujące po urazach, zajmujące w ostatnich czasach nader licznych badaczów, stały się, można powiedzieć, modną kwestyją. Pisma lekarskie obfitują w artykuły i sprawozdania dotyczące tego przedmiotu, szkoła francuska wiedzie spór z niemiecką, w któréj łonie też nie ma zupełnéj zgody, wreszcie międzynarodowy kongres lekarski w Berlinie zajmował się nim nader żywo. Nie można się dziwić temu zajęciu, bo sprawa to bardzo ważna nie tylko ze stanowiska lekarskiego, lecz i sądowego, a obecnie tem donioślejsza, skoro kasy robotników pomnażają się z dniem każdym, a więc i kwestyja wyzysku przez ludzi niesumiennych coraz więcéj wagi nabiera.

Myśmy też nie pozostali w tyle w tym ogólnym ruchu. W Warszawie wygłosił Dr. T. Dunin na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego odczyt p. t. „Kilka uwag o t. zw. nerwicach traumatycznych (*Gazeta Lekarska* 1890, Nr. 16, 17 i 18). W Krakowie opracował prof. Blumenstok rzecz tę ze stanowiska sądowo lekarskiego w artykule p. t. „Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych“ (*Przegląd Lekarski* r. 1890, Nr. 18, 21, 23, 24, 25 i 26), ja zaś przedstawiłem we Lwowie z końcem kwietnia r. b. chorego dotyczącego w Towarzystwie lekarskiem, zaś dn. 14 czerwca 1890 miałem o tym przedmiocie odczyt, który obecnie zbogacony dalszemi spostrzeżeniami i odpowiednio do tego rozszerzony niniejszem podaję:

I. Dnia 15 kwietnia r. b. zgłosił się do mnie, jako ordynaryjusza oddziału chorób nerwowych lecznicy powszechnéj, pacyjent skarżący się na silne bóle w krzyżach, utrudnienie chodu, oraz ogólne osłabienie, niedozwalające pracy zawodowéj. Ponieważ chory kładł główny nacisk na bóle w części lędźwiowéj, oraz w okolicy stawu biodrowego i dosyć silnie kulał, nakazałem mu, aby przedewszystkiem zasięgnął porady którego z kolegów operatorów. Skoro mi jednak oświadczył, że czynił to już kilka razy, a nadto nadmienił, że choroba jego pochodzi od upadku przy robotach kolejowych, odstąpiłem na razie od tego, a przedewszystkiem zająłem się sam gruntownem zbadaniem chorego. Oto szkic jego choroby:

Mikołaj K. liczący lat 48, lakiernik, stale zatrudniony przy kolei żelaznéj Karola Ludwika. Rodzice jego byli zu-

pełnie zdrowi, on sam nie przechodził kiły, ani też nie pił. Ma ośmioro dzieci zupełnie zdrowych. Dnia 8 września 1889 r. został strącony z drabiny z wysokości około 7 metr. na tor kolejowy; padł na prawy bok, stracił odrazu przytomność na 10—15 min., skoro się go zaś docucono, odwieziono go natychmiast do szpitala. W szpitalu nie mógł się zupełnie ruszać, prawa połowa ciała była całkowicie ubezwładniona, lewa zaś znacznie osłabiona tak, że jak opowiada, towarzysze dopiero z litości pokarmy mu do ust podawali. Cierpiał silne zawroty głowy i przez dni kilkanaście prawie oka nie zmrużył. Zmuszony stosunkami domowemi opuścił szpital po 2 tygodniach. Przywieziony do domu musiał leżeć przez 3 miesiące w łóżku z powodu niemocy w nogach, przez miesiąc zaś jeszcze nie mógł zupełnie prawą ręką ruszać. Sen miał bardzo zły, niespokojny, przerywany zrywaniami się wskutek uczucia, jakby się nagle pod nim wszystko zapadało; miewał sny męczące, w których to sam wpadał w przepaść, to znów coś się na niego waliło i przygniatało swoim ciężarem. Gdy się zbudził ze snów takich, czuł ciężkość na piersiach. Apetyt miał bardzo słaby, często nudności i ustawicznie gorzki smak w ustach. Szum w uszach trwał od upadku bezustannie. Stan ten miał się zwolna poprawiać o tyle, że chory mógł chodzić, jakkolwiek o lasce i z pewną trudnością, do zajęć jednak zawodowych żadną miarą nie mógł powrócić. Obecny stan jest następujący:

Chory niskiego wzrostu, źle odżywiony, o powłokach skórnych barwy żółto-ziemistéj, nadzwyczaj przygnębiony. Jest on bardzo drażliwy, a skoro skarży się, że podejrzywają go o symulacyję, jak to miało miejsce i klopocze przyszłością swéj rodziny, oczy przybierają wyraz człowieka ciężko nieszczęśliwego. Podaje, że pamięć ma nadzwyczaj osłabioną, bezsenność oraz mary męczące trwają jeszcze ciągle, równie jak szum w uszach, mdłości i zawroty głowy. Przed oczyma latają mu czarne muchy, bądź też błyszczące iskry. Gdy się znajduje na miejscach szerokich, np. ulicach i placach, szczególnie jeśli jest dużo ludzi, doznaje uczucia leku, jak gdyby miał zemdleć, oraz ciśnienia w okolicy serca. Zrenice oddziaływają dobrze, barwy rozpoznaje dokładnie. Siła wzroku, który przedtem miał być nadzwyczaj bystry, jest na prawem oku $\sqrt{} = {}^{6}/_{24}$, na lewem $\sqrt{} = {}^{6}/_{36}$, przyczem powiada, że okiem lewem widzi jakby przez sito. Pole widzenia ścieśnione silnie, szczególnie w oku prawem, tak dla przedmiotów, jak i dla barw w porządku fizyjologicznym. Nadmienić tutaj muszę, że barwy żółtéj nie określał dokładnie, fijołkową zaś rozróżniał dopiero w środku pola widzenia. Dno oka jest zupełnie prawidłowe (Dr. Kicki). Słuch upośledzony po stronie lewéj, chodu zegarka nie słyszy wcale, szeptanie zaś dopiero z odległości pół metra. Nadto w lewem uchu szum bardzo znaczny. Przedmiotowo zmian żadnych wykazać nie można. Uczucie smaku gorzkiego trwa ciągle, rzeczy słone czuje jako gorzkie, słodkie zaś jako słabo słone. Węch jest nadzwyczaj słaby. Badanie czucia skórnego wykazało nader cechujące zmiany. Chory podawał, że strona prawa jest jakby głucha, skoro jednak dotykałem go główką lub ostrzem szpilki przy oczach zamkniętych, powtarzał za każdem dotknięciem „teraz nie czuję“. Skoro mu zwróciłem uwagę, jak może wiedzieć kiedy go dotykam, gdy nie czuje, odpowiedział, że on wie o tem, kiedy go dotknę, że jednakże jest to jakby „za ścianą“. Rzeczywiście bólu nie czuł w pewnych miejscach zupełnie, można było fałdy skórne przekłuwać igłą na wskróś bez najmniejszego oddziaływania ze strony chorego. Znieczulenie to na ból odnosi się prawie do całéj prawéj połowy ciała, z wyjątkiem pewnych ograniczonych miejsc. Druga strona ciała również nie przedstawia prawidłowych stosunków co do czucia bólu. Jest ono o wiele mniejsze, aniżeli u prawidłowych jednostek. Czucie w połyku jest również zniesione; można w nim głęboko bardzo palcem na wszystkie strony manipulować bez wywołania najmniejszego odruchu. Poczucie ciepła i zimna jest prawidłowe. Przy opukiwaniu prawéj połowy czaszki czuje chory ból w środku głowy. Kręgosłup w części lędźwiowéj bardzo bolesny przy ucisku, tak samo przestwory międzyżebrowe w dole po stronie prawéj, najwybitniéj jednak okolica kości krzyżowéj i biodrowéj wraz ze stawem biodrowym. Czucie mięśniowe prawidłowe. Niezborności ruchów nie ma. Siła mięśniowa tak w prawéj ręce, jak i w nodze w porównaniu z lewą stroną obniżona. Odruchy ścięgniste, szczególnie kolanowy, bardzo wzmożone, skórne prawidłowe z wyjątkiem jądrowego. Pobudliwość elektryczna tak mięśni jak i nerwów prawidłowa, opór zaś dla prądów galwanicznych, mierzony na rękach i nogach, jest po stronie prawéj zwiększony. Chód przypomina zupełnie chód człowieka cierpiącego na zapalenie stawu biodrowego, lub też nerwicę kulszową. Chory podnosi chodząc prawą połowę miednicy ku górze, równocześnie zaś widzieć można zgięcie kręgosłupa ku stronie lewéj. Badanie kolegi Barącza wykazało chrząszczenie, oraz naciek w okolicy spojenia krzyżowo biodrowego. Przy zbliżaniu do siebie kości biodrowych czuje chory gwałtowny ból. Ruchy bierne kończyną dolną łatwe i niebolesne. Ruchy prawéj kończyny są ograniczone do półkola wprzód ciała, w tył niemożliwe dla bólów w barku. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało nic szczególnego. Tony serca są słabe, jednak czyste, tętno wynosi około 80 na minutę, oddech prawidłowy, spokojny. W końcu zaznaczyć muszę całkowitą utratę popędu, oraz zdolności płciowéj.

Następujących trzech chorych przysłał do mnie jeden z tutejszych adwokatów z prośbą o zbadanie, a w danym razie o obecność moją przy rozprawach sądowych.

II. Dn. 12/6 1890. Emil P. l. 34, zastępca konduktora kolei Karola Ludwika znajdował się w swéj budce podczas zderzenia pociągów towarowych d. 8 stycznia 1890 r. w Złoczowie. Na jego wagon wpadł drugi z taką siłą, że go zupełnie zgruchotał. Jego od zmiażdżenia ocaliła gruba żelazna sztaba, która jednak została zgięta, przyczem ucisnęła mu piersi z taką siłą, że trąbka, którą miał na nich, została całkowicie spłaszczona i wygięta. Równocześnie uderzył tyłem głowy o hamulec. Stracił przytomność na jakie 10 minut, poczem się ocknął. W pierwszéj chwili nie doznawał żadnego bólu, a poczuł go dopiero w lewym boku i w skroniach skoro zszedł z wagonu. W kilka godzin potem wystąpiły nudności, przyczem dwa razy wymiotował. Następnym pociągiem odjechał do Lwowa; w wagonie leżał, a za każdem stuknieniem odczuwał nieznośny ból w głowie. Po przypadku tym czuł się tak osłabionym, iż cały miesiąc leżał w łóżku. Od czasu do czasu miewał wymioty, ból zaś głowy nie odstępował go odtąd zupełnie. W obu uszach, szczególniéj jednak w prawem, miał dziwne uczucie; już to zdawało mu się, gdy leżał w łóżku, że w poduszce ruszają się chrabąszcze, jużto, że „jakby elektryka mu z uszów wychodziła, lub też świstało jakby wiatr jaki.“ Uczucie to potęgowało się skoro wstawał z łóżka na stolec, przyczem nieraz miewał zawroty i nudności, których również doznawał w bardzo gorącéj, lub też wilgotnéj porze. Przytem rozwolnienie dość silne nie opuszczało go od chwili przypadku. Popęd, oraz siła płciowa uległy bardzo znacznemu osłabieniu, od czasu bowiem przypadku spółkował z żoną tylko dwa razy, bez najmniejszéj przyjemności i nie czując nawet wytrysku nasienia. Sen miał bardzo nieregularny i niedostateczny, przyczem śniło mu się, że spada z jakiéjś wysokości, że go ktoś łapie, prześladuje, wkłada na niego aresztanckie ubrania itd. Skoro się znajdował w ciemnym pokoju, zdawało mu się, że ktoś obok niego stoi i doznawał uczucia przykrego lęku. Obecnie skarży się na zły sen, połączony z wymienionemi poprzednio przykremi marzeniami, na uczucie lęku, na bóle i zawroty głowy, szum w uszach i ogólne osłabienie. Skoro się schyla, czuje bóle w krzyżach, gdy chodzi trochę więcéj, doznaje uczucia „jakby mu się wszystkie żyły pod kolanami ściągały, a mięśnie prężyły.“ Od czasu do czasu doznaje bicia serca. Rozwolnienie trwa ciągle jeszcze.

Badanie wykazuje: Mężczyzna średniego wzrostu, szczupły, blady, miernie odżywiony. Źrenice oddziaływają prawidłowo. Wzrok umiarowy, nie czuje w nim żadnéj zmiany. Pole widzenia dla przedmiotów miernie zwężone, silniéj znacznie dla barw. Słuch, smak i węch prawidłowe. Czucie skórne tak dla dotyku, jak dla bólu i ciepłoty wszędzie dobrze zachowane. Bolesność przy ucisku sześciu pierwszych kręgów piersiowych· To samo w okolicy serca. Czucie mięśniowe zachowane, niezborności ruchów nie ma, chód chwiejny przy

zamkniętych oczach. Drżenie słabe rąk i nóg potęguje się bardzo, szczególnie w prawéj nodze, skoro pacyjent jest wzruszony. Można to było bardzo wybitnie spostrzegać podczas przesłuchiwania w sądzie, lub też skoro już był bardzo znużony badaniem lekarskiem. Drżenie to przechodziło następnie na mięśnie grzbietu i bocznéj części klatki piersiowéj. W postawie leżącej drżenie ustaje zupełnie. Odruchy tak ścięgniste jak skórne silnie wzmożone. Tętno badane przezemnie kilkanaście razy w różnych odstępach czasu wynosiło zawsze od 96—110 na minutę, przy zmęczeniu zaś lub silnem wzruszeniu dochodziło nawet do 130. Tony serca czyste, lecz słabe. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, badanie zaś narządów jamy brzusznéj wykazuje mierną rozstrzeń żołądka i zwiotczenie (atoniję) jelit. Na zakończenie muszę nadmienić, że chory odpowiada powoli i z namysłem, nigdy sprzecznie, mimo żem mu zadawał pytania w różnych odstępach czasu w ten sposób, że musiałby się dać złapać, gdyby podawał nieprawdziwe objawy. Nie potakuje on zresztą, jak to często bywa przy poddawaniu mu różnych cierpień i nie skarży się na zbyt wiele podmiotowych dolegliwości.

III. W kilka dni po pierwszem zbadaniu powyższego chorego przybył do mnie Jakób D., bremzer kolei Karola Ludwika, który doznał przypadku podczas opisanego poprzednio zderzenia pociągów w Złoczowie. Stał wtedy w 8-ym lub 9-tym wagonie od lokomotywy, podczas zderzenia upadł na podłogę, wstał przytomny, bólów żadnych nie czuł. W kilka godzin potem wrócił do Lwowa. Rozbolała go wtedy głowa i krzyże, wskutek czego leżał w domu przez 3 miesiące w łóżku. Bóle te potęgowały się pod wieczór, były tego rodzaju, jakby go coś kłuło w środku. W nocy nie może sypiać, gdy zaś nad ranem zaśnie, miewa sny męczące, że się znajduje w pożarze, że go chcą bić itd. Jazdy kolejowéj lęka się bardzo, nie może nawet patrzeć na pociąg. Wzrok łatwo się nuży, po przeczytaniu jednéj kartki oczy mgłą mu zachodzą. Apetytu nie ma zupełnie, od czasu przypadku cierpi na ciągłe rozwolnienie. W nocy miewa kilka razy w tygodniu zmazanie, siłę i popęd płciowy utracił.

Badanie wykazuje co następuje: Mężczyzna średniego wzrostu, źle odżywiony, blady. Źrenice oddziaływają prawidłowo, wzrok dobry, pole widzenia nie ścieśnione ani dla przedmiotów, ani dla barw. Czucie skórne wszędzie prawidłowe. Czucie mięśniowe dobre, mięśnie źle rozwinięte, przy uderzaniu młoteczkiem bardzo pobudliwe, tworzą na piersiach i rękach za każdym razem wał utrzymujący się czas dłuższy (*Idio-musculäre Contraction Schiffa*). Odruchy skórne i ścięgniste wygórowane. Tętno około 90 na minutę. Badanie płuc wykazało rozległe obustronne zmiany gruźlicze. Narządy jamy brzusznéj normalne. Podczas badania odpowiada bardzo niejasno, płącze się, widoczną jest przesada, wszystko go boli, cierpi na wszystkie możliwe przypadłości.

IV. Dnia 12 sierpnia 1890. Józef M. lat 30, były konduktor kolei państwowéj, obecnie portyjer w Husiatynie. W r. 1887 dnia 16 września otworzył nagle regulator, przyczem iskry buchnęły na niego i uderzyły go tak gwałtownie w twarz z prawéj strony, że z nad oka krew się puściła i na chwilę zamroczyło go. Przez kilkanaście dni cierpiał na bardzo mocne bóle głowy, zawroty i dwa razy miał wymioty. Bóle głowy, jakkolwiek słabsze aniżeli cierpiał przez tych kilkanaście dni, nie opuszczały go aż do dziś dnia. Oprócz tego skarży się obecnie na zawroty występujące przeważnie w nocy. Pamięć ma coraz gorszą, jest przygnębiony, nic go nie cieszy, popada nieraz w zupełną apatyję. Sen ma zły, często bardzo zasypiając zrywa się nagle, nieraz wstaje w nocy i chodzi po pokoju z kąta w kąt, zmuszony do tego jakimś wewnętrznym niepokojem. Siła płciowa ma być znacznie obniżona, jednak nie zniesiona.

Badanie wykazuje: Mężczyzna średniego wzrostu, dobrze odżywiony, mięśnie silnie rozwinięte. Prawa gałka oczna wysadzona na wierzch, bolesna, powieka kurczowo zaciśnięta. Rozpoznanie okulisty brzmi: *Neuritis retrobulbaris et tenonitis.* Źrenica lewa oddziaływa dobrze, pole widzenia miernie zwężone tak dla przedmiotów, jak i dla barw. Punkty bolesne w zakresie nerwu nad i podoczodołowego. Cała prawa połowa głowy przy opukiwaniu bolesna. Czucie skórne na prawéj połowie twarzy podwyższone, zresztą wszędzie prawidłowe. Chód dobry, niezborności ruchów nie ma. Odruchy znacznie wygórowane, szczególnie kolanowy. Tętno słabe 114—130 na minutę. Oddech prawidłowy, narządy klatki piersiowéj i jamy brzusznéj prawidłowe. Odpowiada jasno, bez przesady, jednak z pewną apatyją i przygnębieniem.

Szereg objawów chorobowych opisanych powyżéj, nad któremi obecnie nie będę się szczegółowo zastanawiał, należy do rzędu objętych nazwą nerwic urazowych. Opisał je po raz pierwszy Erichsen w r. 1868, a ponieważ główną uwagę poświęcił przypadkom na kolejach żelaznych, oraz objawom rdzeniowym, przeto nazwał tę chorobę *Railway spine*, która to nazwa przyjętą została następnie w Niemczech przez Leydena i Erba. Za pracami tych autorów pojawiły się następnie i inne. jak Bernhardta, Westphala, Riglera i t. d.

W miarę im więcéj uwagi poświecano temu przedmiotowi, nazwa *Railway spine* stawała się niewystarczającą. Już Rigler zwrócił uwagę w swéj pracy na zaburzenia psychiczne, z których wyszczególnił *Siderodromophobia*, tj. uczucie lęku przy wsiadaniu do pociągu u osób, które poprzednio doznały przypadku na kolei. W dalszym ciągu położył również i Moeli nacisk na objawy mózgowe, a skoro wreszcie pojawiły się prace Schlägera, Krafft-Ebinga, Waltona, Wilksa, Putnama, Thomsena i Oppenheima, stworzony został dokładny obraz choroby wraz z zaburzeniami tak mózgowemi jak i rdzeniowemi. Stara nazwa Erichsenowska ustąpiła miejsca nazwie *Railway-brain* lub też jeszcze ogólniejszéj *Railway-spine and brain!*

Tak jak w Niemczech główny bodziec wychodził ze szkoły Westphala w Charité, tak we Francyi sprawę tę opracowywali przeważnie uczniowie Charcota w Salpêtrière. Niepodobieństwem by było wyczerpać tutaj całą nader rozległą literaturę. Ograniczę się tutaj do podania źródeł, z których szczegółowych wiadomości zaczerpnąć można, a temi są wyborne monografije Strümpla: *Ueber die traumatischen Neurosen, Berliner Klinik.* H. 3 i Oppenheima: *Die traumatischen Neurosen.* Berlin 1889, w któréj opisał najgłówniejsze przypadki badane w ostatnich pięciu latach w Charité w liczbie 33, a z których znaczną część miałem sposobność obserwować w czasie mojego pobytu w Berlinie w r. 1888 i 89. Z poglądami szkoły francuskiéj zaznajomić się można w *Progrès Médical* z *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III. Charcota, wkońcu z wybornego dzieła Jerzego Quinon'a: *Les agents provocateurs de l'hystérie*, w którem zebrane są liczne i dokładne obserwacyje kliniczne, oraz bogata literatura. Jeżli zaś kto chce traktować rzecz ze stanowiska sądowo-lekarskiego, znajdzie odnośną literaturę w wymienionym już artykule prof. Blumenstoka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj.

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 37).

Dnia 16 stycznia wykonaliśmy zabieg poraz pierwszy, trzymając się nawet w małych rzeczach poleceń Brandta. A więc po odprowadzeniu macicy wykonaliśmy *lege artis* w pewnych odstępach czasu 3 razy unoszenie, zważając na

wyraz twarzy chorėj, a z drugiėj strony pilnie śledząc stopień napięcia sklepienia przedniego. Potem wykonano 4 razy zbliżanie i oddalanie kolan, a nareszcie trzepanie okolicy krzyżowėj. Następnie przez 10—15 minut chora leżała na brzuchu. Zresztą przez pierwsze kilka dni pozostała w łóżku. Po drugiem i trzeciem posiedzeniu macica pozostała już w pochwie mimo, że nie używaliśmy tamponów, a przypady ze strony pęcherza ustąpiły jakby pod wpływem czarodziejskiėj różczki. Od tego czasu z każdym niemal dniem stan chorėj się polepszał tak, że z początkiem lutego stan był mniėj lub więcėj następujący: szpara sromowa znacznie się zwęziła tak, że wcale nie była rozwartą, ściana przednia i tylna pochwy szczególniėj w dolnėj połowie nieźle do sąsiedztwa przyczepione, poprzeczne zmarszczki wyraźne. Część pochwowa tylko nieco niżėj ustawiona w osi miednicy, większa, nie tak gruba, macica w sklepieniu przedniem wybadalna znacznie mniejsza, zbitości prawidłowėj, sklepienia wolne, przednie wysoko ustawione prawie w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego. Badanie wziernikiem wykazuje: pochwa różowa, część pochwowa sinawo-różowa, ujście poprzeczne z wrębami, na wardze tylnėj blizna sinawa, po zagojonym wrzodzie (bez jakiegokolwiek leczenia), z ujścia nic się nie wydobywa. Długość macicy wynosi $9^3/_4$ cm. Co do objawów podmiotowych, ustąpiły bóle w krzyżach i uczucie ciągnienia ku dołowi, przypady ze strony pęcherza, również stolec prawidłowy. Mimo, że chora chodzi i wykonywa w klinice pewne posługi, nie czuje nawet, jakoby guz się obniżał i uważa się za zupełnie wyleczoną. W tym stanie przedstawiłem chorą na posiedzeniu Tow. ginekologicznego krakowskiego dnia 4 stycznia b. r., a wszyscy koledzy zawodowi przyznali dzielne skutki leczenia tą metodą. Najlepiėj jednak mógł to ocenić sam prof. Madurowicz, który badał chorą w tym czasie 3 razy. Chora pozostawała w klinice jeszcze do 5 marca, w którym to dniu jako wyleczona zupełnie wypisaną została. W czasie od początku lutego do końca leczenia zaszły takie zmiany, że pochwa stała się jeszcze węższą, ściany jėj w całėj długości dobrze do sąsiedztwa przyczepione, część pochwowa w wysokości prawidłowėj, długość macicy 8 cm., nawet przy mocnem parciu ściany pochwy a tem mniėj macicy się nie obniżają. Z przypadów podmiotowych stwierdziliśmy, że peryjod, który wystąpił 20 lutego, trwał tylko 5 dni, nie był obfity, a chora nie doznawała żadnych boleści mimo, że w czasie regularności nie leżała w łóżku.

7) R. M., lat 31, niezamężna. Przyjęta do kliniki dnia 11 stycznia b. r.

W y w i a d y: Ostatnia regularność w początku maja, ruchy poczuła we wrześniu. Rodziła 3 razy, porody odbywały się prawidłowo. Ostatni przed 2 laty. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 10-go stycznia, przyczem zaraz miała odejść woda płodowa.

S t a n o b e c n y. Odżywienie mierne. Ciepłota prawidłowa, tętno spokojne. Badanie zewnętrzne brzucha wykazało powiększenie macicy, odpowiednio do dziewiątego miesiąca ciąży. Położenie płodu czaszkowe pierwsze ustalone, gdyż tętno płodowe i grzbiet płodu wyraźnie po stronie lewėj, nóżki zaś płodu po stronie prawėj. Macica jędrnieje wyraźnie, a rodząca wyrabia bóle, używając tłoczni brzusznėj, jakto odpowiada drugiemu okresowi porodu. Badanie wewnętrzne potwierdza badanie zewnętrzne, nadto wykazuje przyczynę przedłużania się porodu w niestosunku wynikłym z wielkości główki, okazującėj wszelkie cechy wodogłowia (*hydrocephalus*). Ponieważ bóle były częste i silne, więc zastosowano u rodzącėj zimne okłady i po 2 godzinach poród ukończył się siłami natury. Urodził się płód płci żeńskiėj, odpowiadający rozwojem 9-ciu miesiącom księżycowym ze zmianami wybitnemi na czaszce, odpowiadającemi wodogłowiu. Płód zmarł w 2 dni wśród drgawek.

Pierwsze siedem dni połogu bez znaczniejszych zaburzeń. Stwierdzono tylko leniwe zwijanie się macicy. Dnia 18 stycznia wieczorem wystąpił dreszcz i to nagle po przebudzeniu się położnicy ze snu, a ciepłomierz wykazał 39·8, tętno wyżėj stu, temu towarzyszył gwałtowny ból w okolicy nadpachwinowėj prawėj i parcie na mocz. Zastosowano leczenie przeciwzapalne. Podwyższenie ciepłoty (przyczem typ jėj wyraźnie zwalniający) utrzymywało się dni 5. Piątego dnia można było wykazać wypocinę zapalną po stronie prawėj jako guz o powierzchni falistėj, bolesny, rozlany, ciastowaty, sięgający aż do kolca biodrowego prawego, nadto bolesność po stronie lewėj w głębi. Macica, mimo że pęcherz i kiszka są próżne, sięga na 4 palce nad spojenie łonowe, miękka, mało ruchoma szczególniėj od strony prawėj. Badanie wewnętrzne wykazuje obniżenie sklepienia prawego, które jest ciężkie, a nad błoną przesuwalną wyczuć można dolny odcinek guza brzusznego bolesny, ciastowaty, o granicach niewyraźnych, po lewėj zaś w tkance łącznėj okołomacicznėj guz wielkości jaja kurzego, twardszy, bolesny, lekko wypuklający sklepienie, wskutek czego część pochwowa po tėj stronie jest krótszą, macica miękka, duża, w kierunku prawidłowym, szyja dla palca drożna, jama macicy pusta, błona śluzowa szyi i ciała jėj gładka. Palec czerwono-ciemną krwią obłożony, niecuchnącą. R o z p o z n a n i e. *Perimetritis dextra, parametritis sinistra. Subinvolutio uteri post partum.* Ponieważ ciepłota do dnia 22/1 była prawidłowa, a bolesność znacznie mniejsza, przeto przystąpiono dnia 25/1 do miesienia tak macicy jak i wypociny po obydwu stronach. W tym przypadku miesienie odniosło nadzwyczajny skutek. W pierwszym rzędzie macica już po 4 posiedzeniach była o połowę mniejszą, miąższ jėj jędrny, a odchody czerwone zmieniły się w śluzowe, niemniėj szybko ustępowała wypocina zapalna tak, że po dziesięciu posiedzeniach położnicę jako wyleczoną zupełnie bez śladu wypociny i z macicą prawidłowėj prawie wielkości przedstawiłem na posiedzeniu Tow. ginekologicznego krakowskiego dnia 4/1 1890 r., poczem opuściła klinikę. Obecni na posiedzeniu członkowie stwierdzili świetny w tym przypadku wynik miesienia.

8) K. M., lat 23, wolna, przyszła jako ambulantka dnia 8/1 1890 r.

W y w i a d y: Regularność zawsze prawidłowa. Rodziła raz przed czterema laty, w połogu miała mieć gorączkę, bóle dołem po stronie prawėj i parcie na mocz. Od tego czasu doznaje bólów w pachwinie prawėj, wystąpiły upławy, regularność bywa obfitsza, a towarzyszą jėj bóle kłójące po stronie prawėj. Mocz i stolec prawidłowy.

S t a n o b e c n y. Brzuch wypuklony, powłoki podatne. Nad pachwiną prawą guz wielkości pięści, o powierzchni falistėj, twardy, bolesny, nieruchomy, sięgający prawie do kolca biodrowego prawego, odgłos nad guzem stłumiony, zresztą bębenkowy. Przedsionek nie przedstawia nic szczególnego. Pochwa miernie szeroka, część pochwowa nieco na lewo zwrócona, ujście szparowate z wrębami. Dalszy ciąg macicy w sklepieniu przedniem, macica niepowiększona, mało ruchoma. Sklepienie prawe szerokie i obniżone, a przez nie wybadać można dolny odcinek guza brzusznego, który zdaje się wychodzić z prawego boku macicy i jest od tėj ostatniėj lekką bruzdą oddzielony, macica z guzem jest dosyć silnie połączona, a przez to jak i sam guz mało ruchoma.

R o z p o z n a n i e: *Fibroma uteri subserosum in exsudato.*

Leczenie: Chora ta zgłaszała się do kliniki z początku codzień, późniėj co dwa dni w celu wykonywania miesienia, którego skutek uwidocznił się przez to, że guz się pomniejszył po 10 posiedzeniach do wielkości jabłka, był ruchomy wraz z macicą, niebolesny i więcėj gładki. W tym stanie przedstawiono chorą w Tow. ginekologicznem dn. 4/1 1890. Chora dalėj leczy się jako ambulantka, a guz dziś jest wielkości małego jabłka, o powierzchni nie zupełnie równėj, zupełnie ruchomy, przyczem i macica z guzem się porusza, a zatem ten ostatni jest z nią dosyć szeroką podstawą złączony. Przesuwanie guza ku stronie lewėj i ku dołowi sprawia chorėj jeszcze nieznaczny ból, guz jest twardy i swą zbitością nie odpowiada utkaniu mięsnemu. Wobec tego rozpoznanie nasze zdaje się słuszne, że mamy do czynienia z nowotworem z tkanki łącznėj (*fibroma*), obok którego wytworzyła się znaczniejsza wypocina, która obecnie ustąpiła. Guz obecnie nie sprawia żadnėj dolegliwości tak, że chora uważa się za zupełnie wyleczoną. Nadto dodać muszę, że miesienie w ostatnim tygodniu nie zdaje się mieć wpływu na zmniejszenie się guza.

9) M. Z., lat 27, zamężna, przyjęta do kliniki 13 stycznia 1890.

Wywiady: Regularność dawniéj prawidłowa. Nie rodziła. Ostatnia regularność, która miała miejsce przed 18 dniami, miała być bardzo skąpa, połączona z mocnemi bólami w krzyżach i dołem, chora mimo leżenia w łóżku czuła się bardzo osłabioną. Od tego czasu bóle się utrzymują, chora doznaje parcia na mocz, stolec zaparty.

Stan obecny: Ciepłota nie podwyższona, tętno drobne. Brzuch nie przedstawia nic nieprawidłowego, z wyjątkiem lekkiéj tkliwości nad spojeniem łonowem. Wejście do pochwy miernie szerokie. Część pochwowa w wysokości prawidłowéj, do spojenia łonowego zbliżona. Trzon macicy niepowiększony, wybadalny w sklepieniu przedniem, macica w całości ku przodowi przesunięta. Tylne sklepienie wypukłone mocno przez guz wielkości kurzego jaja, tkliwy, o powierzchni falistéj, miękawy, nie ruchomy.

Rozpoznanie. *Haematocele in exsudato.*

Ponieważ chora nie gorączkowała, przystąpiono dnia 15/1 do miesienia. Guz zmniejszał się z dnia na dzień i to bardzo szybko, stawał się więcéj ruchomy, a i macica więcéj ruchoma przyjęła położenie prawidłowe. Dnia 22/1 wystąpił peryjod bez zaburzeń, cztery dni trwający. Dnia 27/1 dalsze leczenie, które trwało do dnia 5/2. W tym dniu chora opuściła klinikę wyleczona. Badanie wykazało, że stosunki w częściach rodnych są prawidłowe, a z wypociny nawet ślad nie pozostał.

IV. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił

Stanisław Daniłło i Emil Przychodzki
docent akad. lekarskiéj. ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Przypadek 10) Fabrykant A. G., l. 35, przebył kiłę w roku 1880. Przez długi przeciąg czasu leczył się za poradą znanych specyjalistów Rosyi i Niemiec. Wczesne objawy wiądu mlecza rozpoznano w roku 1885. Stosowano przeróżne leczenia (rtęć, jod, ciepłe wanny, elektryczność i masaż w Akwizgranie i Nauheimie po kilka razy). Część wiosny zwykle spędza w Nauheimie. Bóle strzelające w kończynach dolnych wzmogły się jesienią 1889 roku. Leczenie przeciwkiłowe pozostało bez wpływu.

O poradę zgłosił się w listopadzie 1889 roku. Chód tabetyczny, stać z zamkniętemi oczyma nie może; z otwartemi trudno mu chodzić w ciemności. Czucie mięśniowe w kończynach dolnych nieco osłabione; czucie skórne bez zmian znacznych. Utrata zupełna odruchów kolanowych ścięgiennych. Erekcyje o tyle słabe, że spółkowanie niemożebne. Oddawanie moczu utrudnione i zaparcia stolców częste. Źrenice zwężone, oddziaływanie na światło i akomodacyję leniwe. Uporczywe bóle strzelające w kończynach dolnych, przeszkadzające choremu spać od kilku tygodni. Fenacetyna i antipyryna do 2-ch gram. dziennie nie sprowadzały ulgi. Wieszania rozpoczęto od 1 minuty każde, 3 razy na tydzień. 8 pierwszych wieszań do pewnego stopnia złagodziły bóle strzelające tak, że sen się polepszył, co nie zniewalało tak często udawać się do metody leczenia farmaceutycznéj, jak przedtem. Wybitniejsze rezultaty można było zauważyć po 16 wieszaniach (ostatnie po 3 minuty) tak, że począwszy od Bożego Narodzenia (starego stylu) chory zaprzestał już przyjmować wewnętrznie środki; następnie zaś (do 10/3) bóle, jakkolwiek zjawiały się, lecz rzadko i na przeciąg czasu chwilowy. Sen był najzupełniéj zadowalającym. Erekcyje zaczęły bywać daleko silniejszemi i do tego stopnia, że chory według słów własnych począwszy od połowy stycznia spółkował zadowalająco raz na tydzień. Strumień moczu okazał się silniejszym, nadymań przy oddawaniu moczu prawie że niema. Niepewność chodu mniejsza. Przy końcu marca 1890 roku wieszania jeszcze stosowano; chory czuł się najzupełniéj zadowalająco. Podstawowe objawy (to jest utrata odruchów kolanowych i objawy ze strony źrenic) nie uległy żadnéj zmianie.

Przypadek 11) Literat K. G., lat 47. Kiłę przebył w roku 1874. W r. 1878 chód utrudniony i uczucie ziębienia w kończynach dolnych. Do roku 1881 stosunkowo stan zdrowia niezły, lecz od téj pory utrudnienie chodu się wzmogło; długotrwałe parestezyje w nogach, następnie w rękach; w r. 1884 czasowe zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca, od téj chwili zwiększające się osłabienie wzroku i wybitne osłabienie czucia mięśniowego w kończynach dolnych i poczęści w górnych; począwszy zaś od roku 1887 zupełna utrata wzroku, niemożność chodzenia bez obcéj pomocy i na prawéj kończynie dolnéj *pied bot tabétique*; peryjodyczne wzmaganie się parestezyj, o krótkich przerwach, czasami wstrzymanie moczu i kału; w ostatnim czasie prawie ciągła bezsenność lub sen przerywany (sypia po 2—3 godzin nocą), w ciągu roku 1889 znaczne pogorszenie w kombinowanym ruchu rąk i nóg z zachowaniem jednakże czucia mięśniowego przy biernem ćwiczeniu grup mięśniowych; uporczywe parestezyje całego ciała, prócz głowy. Zasięgał porady od początku choroby prawie u wszystkich znanych specyjalistów Petersburga, Paryża, Londynu i Wiednia. Leczenie specyficzne (rtęć i jod) nie przyniosło żadnéj ulgi. Wieszań nie próbował jeszcze.

Przy badaniu w październiku r. 1889: utrata wzroku zupełna, zanik nerwów wzrokowych, źrenice rozszerzone, na światło nie oddziaływają; odruchów kolanowych brak zupełny; osłabienie czucia mięśniowego w kończynach górnych o tyle znaczne, że sam nie jest w stanie ani jeść, ani się ubierać; chodzić także nie może bez obcéj pomocy; oddziaływanie elektryczne mięśni i nerwów rąk i nóg nie uległo zmianie, tak jakościowo jak ilościowo; przy obcéj pomocy nie jest w stanie przejść więcéj nad 1000—1300 kroków; chód charakterystyczny; przedni mięsień goleniowy *(tibialis anticus)* nieco zanikły w prawéj dolnéj kończynie, wskutek czego skrzywienie prawego stawu goleniowo-stopowego; czucie skórne w rękach bez zmian prawie żadnych, w nogach zaś czucie bólu i ciepłoty wyraźnie osłabione; położenie członków w przestrzeni chory określa prawie zawsze ze znacznemi omyłkami; wybitne parestezyje, uczucie ziębienia, gorąca i mrowienia, jak również strzelające bóle w nogach; oddawanie moczu utrudnione, zaparcia stolców dość częste, sen zły i przerywany; stan psychiczny bez znacznych zmian, wyjąwszy pewne rozdrażnienie. Po 20 wieszaniach (około $3^1/_2{}'$ każde 3 razy na tydzień z przerwą na 3 tygodnie z powodu pojawienia się u chorego grypy) sen się nieco polepszył, a parastezyje znikły bez śladu. Po 40 wieszaniach parestezyje już jak przedtem nie powróciły, ale podstawowe objawy chorobowe pozostawały bez zmiany. W ciągu marca i kwietnia żadnego pogorszenia w stanie zauważyć nie było można, jakkolwiek u chorego wieszania wskutek różnych przyczyn stosowano bardzo nieregularnie. Wszystkich wieszań zastosowano 58. W rezultacie polepszenie snu, ustąpienie parastezyj, bólów strzelających i jakoby pewne osłabienie objawów ataksyi w kończynach dolnych. Po 15 pierwszych wieszaniach chory, jak się sam wyrażał, zaczął lepiéj odróżniać światło od ciemności. Wspomnieć jednakowoż należy, że owo polepszenie, jeżeli takowe i miało miejsce, to nader było nieznacznem i niedługotrwałem [1]).

Przepatrując załączone historyje chorób, można, jak się zdaje, przyjść do następujących wniosków ogólnych: nasamprzód uderzającym jest ten fakt, że we wszystkich przypadkach bez wyjątku podstawowe główne objawy wiądu mlecza wpływom wieszań nie podlegają. Mianowicie powrotu odruchów ścięgien kolanowych, nie zauważyliśmy ani razu, oddziaływanie źrenic nie podlegało zmianie; w porażeniu mięśni okoruchowych nie było polepszenia; także nie widzieliśmy polepszenia w czuciu skórnem, wyjąwszy przypadek 9-ty, w którym można było zauważyé pewne pole-

[1]) Wieszania stosowaliśmy do połowy kwietnia, lecz następnie ich zaprzestano, gdyż bez wątpienia dalszéj poprawy trudno było wymagać. Prócz tego objawy paretyczne w prawéj nodze chwilowo się wzmogły.

pszenie wszystkich rodzajów czucia. Inne objawy chorobowe, jak: bóle strzelające i parestezyje znacznie słabły, a w niektórych przypadkach nawet zupełnie ustępowały. W przypadku 1-szym bóle strzelające poczęły słabnąć już po 5 wieszaniach, a po 7 znikły zupełnie; w przypadku 2-gim po 5 wieszaniach takowe także słabły i poczęły rzadziéj się zjawiać, wreszcie jakkolwiek po stosunkowo długim przeciągu czasu znikły bez śladu; w przypadku 3-cim takież polepszenie zauważyliśmy już po 4 wieszaniach: w 4-tym po 5 wieszaniach zanotowano bardzo krótkotrwałe wzmożenie się bólów, które następnie znikły po 6-em wieszaniu całkowicie; w przypadku 5 tym bóle strzelające ustąpiły po 5 wieszaniach i już potem nie powracały; w przypadku 5-tym wpływ wieszań wogóle pozostał niewyjaśnionym wskutek ich małéj liczby (3 wszystkich); w przypadku 7-mym otrzymaliśmy z początku zmniejszenie, a następnie zupełne ustąpienie bólów strzelających; za jawny dowód wdzięczności owéj metody leczniczéj w stosunku do jéj wpływu na ustąpienie bólów strzelających może posłużyć przypadek 7-my; w którym po 8 wieszaniach bóle znacznie się zmniejszyły, jeszcze wyraźniéj owo zmniejszenie się bólów można było stwierdzić po 16 wieszaniach; wreszcie w przypadku 7-mym po 20 wieszaniach bóle strzelające znikły prawie zupełnie. Wogóle można powiedzieć, że bóle strzelające wcześniéj, aniżeli jakiekolwiek inne objawy wiądu mlecza podlegają wpływom wieszań, słabnąc lub znikając bez śladu. Jeżeli owe bóle towarzyszą i późniejszym okresom wiądu mlecza, to i wówczas wpływ wieszań okazuje się nader wyraźnym, dodatnim. Jeżeli owe bóle strzelające nie zawsze znikają zupełnie, to jednakże pojawiają się rzadziéj, wyrażają się daleko słabiéj i nie wpływają na sen i stan psychiczny chorych ujemnie. Bez wątpienia trzeba przyznać, że i parestezyje ulegając wpływom wieszań, stają się mniéj wyraźnemi, słabną, pojawiają się rzadziéj, jakkolwiek w porównaniu ze strzelającemi bólami owo polepszenie pod pewnym względem i mniéj wyraźne i nie tak stałe: tak n. p. w przypadku 1-szym parestezyje zmniejszyły się jednocześnie z bólami po 5-tem wieszaniu, a następnie jednocześnie także z bólami strzelającemi znikły zupełnie po 7-em wieszaniu; w przypadku 2-gim parestezyje niepokojące chorego przedtem prawie bez przerwy, znacznie zmniejszyły się, lecz zupełnie nie znikły; w przypadku 3-cim takowe także zmniejszyły się po 5 wieszaniach, a następnie powoli zaczynały znikać; w przypadku 4-tym parestezyje zaczęły słabnąć już po 7 wieszaniach, w rezultacie zaś zupełnie znikły; w przypadku 5 parestezyje dolnych kończyn w postaci ściągania pod kolanami po 8-em wieszaniu słabły, lecz w tym przypadku i po ostatniem wieszaniu, jakkolwiek znacznie zmniejszone, jednak nie ustąpiły całkowicie, zjawiając się dość rzadko; w przypadkach 7-mym, jak i w 6-tym polepszenia nie zauważyliśmy pod tym względem, być może wskutek nielicznych stosowanych u tego chorego wieszań (wszystkiego 8); przypadek 8-my odróżniał się od innych tem, że w nim zauważyliśmy zupełne ustąpienie parestezyj jednocześnie ze strzelającemi bólami; ów przypadek zdaje się nam najwymowniejszym ze wszystkich, gdyż tu chorym był lekarz, objawiający przy pożegnaniu jednemu z nas (Daniłło), że kiedy parestezyje i bóle strzelające ustąpiły, to stosować daléj wieszań on nie widzi potrzeby, gdyż usunięto mianowicie to, co go niepokoiło najwięcéj; co się zaś tyczy pozostałych objawów choroby n. p. odruchów kolanowych, to dla niego pozostaje najzupełniéj obojętnem, czy posiada takowe lub nie; w przypadkach 9-tym, 10-tym i 11-tym parestezyje w pewnym stopniu także się zmniejszyły. (C. d. n.)

Bakteryjologija.

Bourges i Wurtz: **Badania bakteryjologiczne nad zapaleniem gardła błonicowem w przebiegu płonicy.**

W pracy niniejszéj wykonanéj w pracowni Strausa w Paryżu przyszli autorowie do wniosków, mających wielkie znaczenie z względów praktycznych. Przypadki, które B. i W. badali w szpitalu Trousseau'a, tyczą się dzieci dotkniętych płonicą, które z powodu powstania u nich wczesnego zapalenia pseudo-dyfterycznego gardła przeniesiono do pawilonu przeznaczonego dla chorych z błonicą. Badanie bakteryjologiczne błon rzekomych wykazało we wszystkich przypadkach (9) obecność *streptococcus pyogenes* samego, lub w towarzystwie innych mikrobów ropnych. W żadnym z tych przypadków nie byli autorowie w stanie znaleźć prątka specyficznego dla dyfteryi, t. j. prątka Klebs-Löfflera. Natomiast u dziecka, dotkniętego tylko zapaleniem gardła z streptokokami, po przeniesieniu na oddział dyfteryczny powstał krup, a wtedy autorowie znaleźli prątki dyfteryi; dziecko to umarło.

W. i B. przychodzą przeto do następującego wniosku: Wczesne zapalenie gardła bez względu na ciężkość objawów po największéj części nie jest natury dyfterycznéj. Nie należy zatem przenosić dzieci dotkniętych takiem zapaleniem na oddział przeznaczony dla dyfteryi, gdzie się je naraża na zakażenie ciężką chorobą, któréj same nie mają. (*Le Progrès médical* 1890, Nr. 19).

Dr. Beck.

Choroby wewnętrzne.

F. Hueppe: **Jak leczyć cholerę?**

Lekarz przedewszystkiem o tem pamiętać winien, iż bakteryje choleryczne drogą kiszek do organizmu się dostają, pierwszym zatem lekarza obowiązkiem jest przeprowadzenie dezinfekcyi dróg pokarmowych. Dwie grupy leków temu celowi odpowiadających możemy *per os* podawać. Przechodzą one bowiem żołądek niezmienione i dopiero w kiszkach rozpoczynają przeciwgnilne swe działanie. Do pierwszéj grupy zaliczyć należy *tribromfenol* i *trichlorfenol*. Do drugiéj przez Nenckiego zalecony salol i parakreosol. Autor radzi podawać salol w półgramowych dawkach wraz z 0·20 *Bism. salicyl.* Salol najprędzéj zabija prątki przecinkowe i dlatego podawać go należy wcześnie, jednakowoż i w późniejszym okresie, gdy bezmocz występuje, nie jest bez zbawiennego skutku. W okresie tym irygacyje *per anum* grupy kreosolów także stosować należy. Przeciw biegunce pozostanie jako lek swoisty i nadal makowiec, wszystko jedno czy *per os*, czy *per anum* podawany. Zastąpić go może jedynie kodeina. Przy znacznych utratach wody obwijanie w mokre koce i kąpiele, jako też lewatywy są konieczne, a regularnie i w swoim czasie podawane zastępują doskonale wstrzykiwania podskórne (*dermatoclysma*) wody słonéj, które w praktyce domowéj trudne są do przeprowadzenia. Lewatywy te składają się z 1 lub 2 litrów wody o ciepłocie 40° C., z 0·25 do 1·0 taniny, która najprawdopodobniéj łączy się z toksynami na związki nieszkodliwe i z 20 do 30 kropli makowca. Zamiast garbnika można dodać także 0·10 octanu ołowiowego, w czerwonce bardzo skutecznego. Jako *excitans* zaleca autor zawiesinę Traubego, składającą się z *Aq. et syrup. cinam. aa15·0, vitelli ovi No 2* i z łyżki koniaku. Leczenie to oparte jest na licznem doświadczeniu, jakie autor w Indyjach miał sposobność zrobić, a w końcu jeszcze raz zaleca nie zapominać o salolu! (*Berl. klin. Woch.* 1890, Nr. 32).

Dr. Mendelsburg.

Choroby nerwowe.

Onanow: *„Réflexe bulbo-caverneux."*

Pod tą nazwą opisał O. na posiedzeniu *Société de biologie* w Paryżu w maju b. r. skurcz nagły mięśni *bulbo-* i *ischio-cavernosus*, który wyczuć można palcem, a który powstaje przy mechanicznem zadrażnieniu żołędzi. U 62 osób dorosłych odruch ten był stałym; u osób starszych, które straciły zdolność spółkowania, znajdował go O. słabszym. Jest normalnym przy porażeniu połowiczem bez powikłań; w uwiądzie rdzenia (*tabes*) odruch słabnie równolegle z osłabieniem czynności płciowych, z wyjątkiem przypadków, w których niezdol-

ność płciowa jest tylko przejściową. Zboczenia w narządzie moczowym w ścisłem tego słowa znaczeniu żadnego wpływu na odruch opisany nie wywierają. U dyjabetyków i neurasteników osłabieniu zdolności płciowéj towarzyszy także zmniejszenie tego odruchu. Wreszcie w przypadku zapalenia rdzenia, w którym chory miewał bezwiedne wzwody i polucyje, odruch był zwiększony.

Zmniejszenie odruchu wskazuje zatem osłabienie zdolności płciowéj, jego zniesienie zupełne zmianę organiczną, nie dającą się naprawić. (*Le Progrès médical* 1890, Nr. 19).

Dr. Beck.

Okulistyka.

A. Natanson: **Obustronna utrata wzroku po influenzy.**

Do lecznicy petersburskiéj przyjęto w kwietniu 51-letniego włościanina dotkniętego obustronną utratą wzroku. Chory ten przebył w listopadzie influenzę, w drugiéj połowie stycznia zapadł na zapalenie płuc i opłucny po prawéj stronie, na początku marca doznawał latania płatków przed oczyma, a w tydzień po tem ociemniał nagle wieczorem na jedno oko, zrana dnia następnego na drugie oko. Badanie wykazało obrzęk spojówek, brak przodkowych komórek, nieruchomość źrenic, tylne przyczepiny, soczewkę przeźroczystą barwy złocisto-żółtéj wskutek odblasku z głębi oczu, których dna nie widać. T--1. Znaczny ból przy dotykaniu gałek. Bóle w oczach dosyć znaczne pojawiają się na przemian. Wśród obserwacyi zmieniła się żółta barwa soczewek w białawą, równocześnie jednak powstało zaćmienie takowych. Leczenie pozostało bez skutku i nic dziwnego. Miano tu bowiem do czynienia z ropnem zapaleniem obu naczyniówek. Autor jest tego zdania, że w przypadku tym nastąpiło zaczopowanie tętnic jagodówek przyrzutami influenzy, względnie zapalenia płuc. Podobne przerzutowe ropne zapalenia ócz po influenzy spostrzegali Hirschmann i Everbusch, ale tylko jednostronne; w przypadku H. powstało ono dnia 28-go, w przypadku E. dnia 9 go, w przypadku opisanym przez naszego autora dopiero po upływie 3 miesięcy. (*Medicinskoje obozrienje* 1890, Nr. 11). *Dr. J. Talko.*

Medycyna sądowa.

Prof. E. Hofmann: **O niektórych objawach pośmiertnych.**

W sekcyi dla medycyny sądowéj Zjazdu międzynarodowegp w Berlinie prof. H. mówił o kilku ważniejszych objawach pośmiertnych, tyle ważnych dla lekarza sądowego. Przedewszystkiem zastanowił się nad tłuszczowoskiem. Wiadomo, że pod względem sposobu, w jaki zmiana ta powstaje. istnieją dotąd dwa zapatrywania i że autor broni zdania, jako tłuszczowosk tworzy się tylko z tłuszczu pierwotnego, przeobrażającego się w kwasy tluszczowe, podczas gdy reszta części miękkich ulega zgniliznie lub maceracyi. Jeżeli bowiem twierdzono, że utrzymywanie się form ciała przemawia za tworzeniem się tłuszczowosku nie tylko z tłuszczu pierwotnego, ale i z innych części miękkich, to bliższe badanie poucza, że formy ciała utrzymują się przez szkielet, masy łączno-tkankowe, ścięgna i powięzie, jako tkanki odporniejsze, wreszcie i przez resztki gnijących części miękkich, ale głównie dzięki pierwotnéj warstwie tłuszczowéj, jakby stężałéj. Przedewszystkiem brak jest na trupie skóry, a powierzchnia zewnętrzna ciała nie jest niczem innem, jak powierzchnią warstwy tłuszczowéj podskórnéj, a wejrzenie ziarniste jéj wynika z odbicia się spodniéj powierzchni skóry. Zanikanie zaś skóry następuje stopniowo: naprzód odłuszcza się przyskórek, potem skóra ulega maceracyi lub rozpływowi gnilnemu, a resztki jéj już poprzednio przedstawiały się prawie jako śluz galaretowaty, który po wydobyciu ciała z wody zapada się i usycha, tworząc warstwę cienką brudną. W podobny sposób i mięśnie zanikać mogą; nie przeobrażają się one nigdy w tłuszcz, względnie w tłuszczowosk, a jakkolwiek badania Lehmanna i Voita w r. 1888 czynione dowiodły możności przeobrażenia się białka w tłuszcz, to jednak z tego przeobrażenia powstają tak małe ilości tłuszczu, że proces ten nie może mieć znaczenia wobec większych zbitych mas tłuszczowosku, o które się tu rozchodzi, a więc i te badania przemawiają raczej przeciw zapatrywaniu, według którego i istoty białkowate mają się składać na powstanie zmiany, o któréj mowa. Jeżeli zaś spostrzeżono przejście mięśni w tłuszczowosk, to należy mieć na uwadze, że w mięśnie czasem zapuszcza się obfity tłuszcz, że mięsień wymoczony podobny jest do stłuszczonego i że mięsień wymoczony lub gnijący rozpada się w masę do miazgi mózgowéj podobną, którą możnaby brać za tłuszczowosk. Masa ta, wykazać się dająca częstokroć w omięsnéj, zawiera tylko mało tłuszczu, względnie kw. tłuszczowych i jest istotą, któréj przyroda chemiczna dotąd całkiem jest nieznaną, a różni ona się od tłuszczowosku chemicznie, mikroskopijnie i pod względem powstania swego; u trupów leżących we wodzie nadto zostaje on porwany przez wodę, a pozostaje tylko rusztowanie łączno tkankowe, podobne do preparatu korozywnego. Co się tyczy narządów wewnętrznych, to tylko takie przeobrażają się w tłuszczowosk, które w chwili śmierci były tłuszczowo zwyrodniałe, jak to najlepiéj przekonać się można na wątrobie. Prawidłowa wątroba gnije we wodzie, podczas gdy wątroba stłuszczona przeobraża się w tłuszczowosk, tak samo jak każdy inny tłuszcz. To samo tyczy się serca, tak, że *a posteriori cor adiposum* lub zwyrodnienie tłuszczowe serca rozpoznać można.

Główną przyczyną tworzenia się tłuszczowosku jest fakt, że tłuszcz pozostawiony sobie samemu nie gnije tak, jak mięso lub inne przyrządy, lecz ulega innéj sprawie rozkładowéj, którą nazywamy jełczeniem, a które polega na rozkładzie tłuszczu neutralnego w glicerynę i kw. tłuszczowe. Sprawa tłuszczowoskowa nie jest zatem sprawą wyjątkową, lecz zjawiskiem pośmiertnem, która prawie we wszystkich zatokach występuje. Aby jednak powstać mogły zbite masy tłuszczowosku, połączone z zachowaniem postaci ciała lub większych jego części, na to potrzeba innych jeszcze warunków, a mianowicie: 1) obfitości tłuszczu u zmarłego; ztąd u osób chudych albo wcale nie tworzy się tłuszczowosk, albo co najwięcéj w niektórych okolicach ciała, gdzie względnie więcéj tłuszczu było; 2) powolnego postępu zgnilizny i niemożności dostania się do ciała much lub ich poczwarek, lub większych organizmów, które części miękkie szybko niszczą. Ztąd zmiana ta występuje najczęściéj na zwłokach leżących we wodzie, a spłukiwanie przez wodę gliceryny i płynnego kw. olejnego może przyczynia się do stężenia nowotworzącéj się masy. 3) Nie bez wpływu zdaje się być i pierwotna jakość tłuszczu. U dzieci najczęściéj przychodzi do tworzenia się tłuszczowosku, raz dla tego, że pokład tłuszczowy u noworodka i oseska względnie przynajmniéj 5 razy jest grubszy, aniżeli u najtłuściejszego dorosłego człowieka, a powtóre, że tenże już makroskopowo odróżnia się barwą szaro-białą i rozpadaniem się w drobne okruchy, tak jak wosk gotowany we wodzie, pod drobnowidem widać prawie w każdéj komórce tłuszczowéj liczne kryształki, zawiera zaś 3 razy więcéj stałych kwasów tłuszczowych, a mniéj kw. olejnego, aniżeli u dorosłego; łatwiéj więc przeobraża się w tłuszczowosk. Tak samo zachowuje się tłuszcz opilców, który nie tylko z powodu większéj swéj obfitości ma wpływ, ale także dla swéj jakości: jest on bowiem bledszy, do łoju podobny i zamożniejszy w stałe kw. tłuszczowe. Daléj nie bez znaczenia jest pozostawanie trupów we wodzie w porze zimnéj, raz dlatego, że zimno opóźnia zgniliznę, a powtóre, że tłuszcz tężeje wśród chłodu.

Następnie zwraca H. ponownie uwagę na inny objaw pośmiertny, to jest na kruchość włosów u trupów przez dłuższy czas we wodzie leżących, wskutek czego oddzielają one się w poziomie skóry, lub nieco powyżéj onego, tak, że możnaby sądzić mylnie, że włosy zostały odcięte lub wygolone.

(Dokończenie nastąpi).

V. Davos w Szwajcaryi.

Korespondencyja Prof. Dra W. Jaworskiego.

(Davos dzisiejszy. — Tegoroczny 73 Zjazd przyrodników i lekarzy szwajcarskich. — Sanatorium Dra Turbana).

Od roku 1879, kiedy Davos po pierwszy raz miałem sposobność zwiedzić[1]), doznał tenże zupełnéj zmiany. Rozległość i wysokość kotliny, sięgającéj do ostatniéj granicy

[1]) Patrz *Gazeta Lekarska*, z r. 1879.

drzew szpilkowych (1573 metrów), góry ochraniające miejscowość od wiatrów i silne promieniowanie słońca nie zmieniły się. Lecz wyzyskanie czynników przyrodzonych i praca ręki ludzkiéj wywarły tu w przeciągu lat 12 przewrot zupełny. Wprawdzie i obecnie zmieniają znaczne rozrzedzenie powietrza i jego suchość (przy ciśnieniu barometrycznem 630 mm, w porównaniu do tegoż w Krakowie 740 mm.) warunki odżywiania narządów oddechowych i krążenia, a czystość powietrza od pyłu i zarodników zmniejsza nieżyt w zajętych drogach oddechowych, jednak wówczas były te czynniki wyzyskiwane w czasie sezonu letniego, gdyż według tradycyi posyłania suchotników do Włoch przypisywano ciepłemu powietrzu główną przyczynę wyników dobrych tu osiągniętych. Lecz gdy dostrzeżono, że w czasie zimowych miesięcy pogoda jest najstalszą, niebo trwale pogodne, a promieniowanie słońca jest tak znaczne, że dostatecznie ogrzewa powierzchnię ciała, aby módz się po śniegu swobodnie przechadzać tylko w lekkiem okryciu, jak długo słońce przyświeca, a powietrze staje się jeszcze czyściejszem, niż latem, pozostawiono chorych przybywających na sezon letni także i przez zimę, co się okazało również korzystnem dla nich jak pobyt letni. W ten sposób zamienił się Davos równocześnie na miejsce klimatyczne zimowe, nie mające dotąd równego sobie na ziemi. Podczas gdy w roku 1879 ilość gości wynosiła tylko 2000, dosięga ona obecnie liczby 10.000 rocznie. W miarę zwiększającej się liczby chorych, przebywających przez zimę, zwiększyła się znacznie ilość domów i polepszyły się urządzenia tychże. Przy budowie pierwotnych domów, przeznaczonych na letnie mieszkania, nie wiele zważano na położenie tychże. Obecnie powstały całe szeregi wil i hoteli, mających główny front ku południowi, a opatrzonych balkonami. Zaczęto również zakładać ogrody, aby umożliwić ciężko chorym przebywanie w świeżem powietrzu, jednak urządzenie takowych przedstawia w téj alpejskiéj krainie wielkie trudności, gdyż drzewa liściowe tu się już nie udają i tylko z wielkiemi zachodami w stanie karłowatym utrzymywane być mogą. Dziś przedstawia się Davos jako miasteczko schludne, posiadające oświetlenie elektryczne, wodociągi, doskonałą kanalizacyję, piękne przechadzki wzorowo utrzymywane, a nawet własną liniję kolejową, łączącą przedtem trudno dostępną krainę ze siecią kolei szwajcarskich, połączonych z koleją arulańską. Przed 12 laty był Davos tylko piękną wioską szwajcarską, składającą się z kilkudziesięciu domów wieśniaczych i kilku rozrzuconych hoteli. Dzisiejszy postęp wykonała przedsiębiorczość szwajcarska, która więcéj liczy na korzyści pośrednie, niż bezpośrednie.

Inny jeszcze bardzo ważny postęp z ostatnich lat należy dla wiadomości lekarzy zanotować. Dotąd chorzy przebywali wyłącznie w hotelach albo wynajętych wilach i tu zasięgali według upodobania rady lekarskiéj lub też nie. Sposób dowolnego umieszczania się chorych, nieracyjonalny wybór odzieży, żywienia się i mieszkania, niestósowne i szkodliwe wysiłki w przechadzkach i zabawach, wogóle unikanie kontroli lekarskiéj stanowią jedną z głównych przyczyn niekorzystnych przebiegów, a czasem zejścia śmiertelnego. Suchotnicy bowiem, jak to Brehmer słusznie zauważył, nazywając ich „lekkomyślnym narodem“, są do wybryków zbyt skłonni. Obecnie istnieje i tu zakład pod zarządem lekarza pod firmą: „Dr. Turbans Sanatorium“, gdzie chorzy bezustannie zostają pod nadzorem lekarskim. Zakład ten jest urządzony na wzór zakładu Brehmera w Görbersdorfie. Przy budowie zakładu wyzyskano jak najracyjonalniéj położenie umieszczając mieszkalne pokoje ku południowi. Wewnętrzne urządzenie nie pozostawia tak co do higieny jak i kompletu niczego do życzenia. Główne czynniki lecznicze zakładu stanowią oddychanie wolnem świeżem powietrzem (*Freiluftathmung*) przez jak największą ilość godzin dnia i nadmiarowe żywienie. Co do pierwszego, to umożliwionem ono jest w każdéj porze dnia przez pobyt na długich terasach i balkonach stósownie urządzonych i dobrze ochronionych. Tu powinien chory na wygodnie wysłanych szeslongach w pozycyi na wpół leżącéj większą część dnia przebywać. Przy takiem urządzeniu ponakrywani kocami pozostają chorzy nawet w zimie na wolnem powietrzu do godziny 9 téj wieczorem. Skuteczność tego pozostawiania chorych na wolnem powietrzu w zimie okazała się między innemi w tem, że ono działa na ustrój jako *tonicum*, w szczególności pobudza silnie łaknienie, a u wielu suchotników usuwa stan gorączkowy i poty. Wyzyskania oddychania wolnem powietrzem nie przedstawia żaden z tutejszych domów dla braku stósownego urządzenia w téj mierze, co sanatorium Dra Turbana. Żywienie chorych odbywa się pięć razy dziennie. Pokarmy są według mego doświadczenia jakości przedniéj, w ilości ograniczonéj tylko łaknieniem chorych, przy codziennéj zmianie potraw dla podrażnienia łaknienia. Wielką wagę kładzie kierujący lekarz na używanie bardzo dobrego mleka alpejskiego i mięszanych pokarmów. Oprócz tego stósownie do przypadku bywają w zakładzie używane i leki, nacierania suche i wilgotne, natryski, wdychiwania, gimnastyka itp. Racyjonalnem jest urządzenie, że należytość za poradę lekarską, leki, rękoczyny lecznicze itd., na których chorzy najczęściéj oszczędności zwykli czynić, są wliczone w codzienną pensyję bez bliższego wymienienia. Spodziewać się należy, że zakład powyższy, posiadający korzystniejsze warunki klimatyczne niż görbersdorfski, wyda także i wyniki jeszcze lepsze. Dla lekarza, który swego pacyjenta nie na los szczęścia, lecz pod stałą opiekę i nadzór lekarski, którego poczucie chorego psychicznie wzmacnia, oddać zamierza, wymienione sanatorium musi być wielce pożądanem. Jest ono jednak dostępnem tylko zamożniejszym, gdyż wymaga wydatku 6—7 złr. dziennie.

O skuteczności tutejszego pobytu dla suchotników nie ma wprawdzie dotąd dat statystycznych. Lecz przedstawia ją lepiéj jeszcze tutejsza ludność, która obecnie prawie całkiem jest napływową i powstała przez osiedlenie się suchotników tu wyleczonych (o ile o wyleczeniu mowa być może), pochodzących przeważnie z Niemiec. Pytając się po kolei lekarza, aptekarza, rzemieślnika, kupca, hoteliera aż do skrapiacza ulic, skądby byli i w jaki sposób się tu dostali, dowiadujemy się, że przed x laty przybył do Davos jako pacyjent w stanie rozpaczliwym, a obecnie jest zdrowym, ma tu rodzinę i zdrowe dzieci.

Dzisiejszy tak potężnie urosły Davos mógł się przy dokonanem połączeniu kolejowem pokusić o podjęcie tegorocznego 73 Zjazdu przyrodników i lekarzy szwajcarskich, który się odbył 19—21 sierpnia b. r. Zebrało się na nim przeszło 160 uczestników szwajcarskich i kilku obcych, a między tymi i nasz kolega Dr. Sokołowski z Warszawy, który obecne lato poświęcił studyjom alpejskich miejsc klimatycznych. Na posiedzeniach Zjazdu poruszono wiele ciekawych i ważnych kwestyj. Z ogólnych wykładów zyskał uznanie wykład profesora Brücknera z Berna o klimacie w okresie lodowym i francuski wykład prof. Beranecka z Neuchâtel o rozwoju oka u kręgowców. Sekcyja lekarska przedstawioną była przez 50 uczestników pod przewodnictwem prof. Sahliego z Berna. Z wygłoszonych w téj sekcyi odczytów notujemy wykład L. Spenglera o leczeniu radykalnem i chirurgicznem suchot płucnych. Na podstawie przedstawionego szczęśliwie operowanego przypadku gruźliczego *pyopneumothorax* radzi prelegent zawsze uciekać się do zabiegu chirurgicznego, nietylko w podobnych przypadkach, ale i przy wykryciu jam gruźliczych w płucach. W końcu zwrócił uwagę prelegent na tę okoliczność, że najlepsze wyniki wydaje leczenie suchot płucnych w klimacie wysokogórskim, chociaż nie wiemy właściwie, który z czynników wywiera terapeutyczne działanie, czy zmniejszone ciśnienie, czy rozrzedzone powietrze, czy też jego czystość lub suchość, a może nawet niska ciepłota. W dyskusyi zauważył między innemi Dr. Sokołowski, że *pneumothorax* gruźliczy może sam się wyleczyć, dlatego zabieg chirurgiczny nie jest zawsze wskazany. Co się zaś dotyczy leczenia chirurgicznego jam, to ono jest nieracyjonalnem, gdyż jeżeli się znajduje powierzchowna, łatwo wykazać się dająca jama, to takowych może być w miąższu płucnym rozsianych więcéj, chociaż nie dają przy badaniu objawów fizycznych. Prof. Kaufmann

uczynił wzmiankę, że gruźlica kości według jego spostrzeżeń przebiega w ten sam sposób w górach, jak i w nizinach.

Następnie wygłosił Dr. A. Sokołowski z Warszawy wykład o przebiegu suchot płucnych przy obecności dyjatezy uratycznéj. Na podstawie własnych obserwacyj na szeregu przypadków wykazał prelegent, że u osób z dyjatezą uratyczną przebiegają suchoty płucne nie pod formą rozpadu serowatego, lecz sprawa chorobowa przybiera postać łącznotkankową (*phthisis fibrosa*), przebiega przez szereg lat i daje szanse względnego wyleczenia. Mocz u tego rodzaju chorych przedstawia wysoką kwasotę i zdarzają się nie rzadko przypady kolki nerkowéj. Po tym odczycie bardzo życzliwie przyjętym wywiązała się zajmująca dyskusyja. Między innemi zauważył prof. Sahli, że przytoczone przez prelegenta przypadki się zdarzają i na nie należy w przyszłości większą zwracać uwagę, bo tu chodzi prawdopodobnie o zmianę alkaliczności krwi, która zmienia warunki rozwoju laseczników gruźliczych, a które to sprawy czekają jeszcze wyjaśnienia przez obecnie toczące się doświadczenia.

Dr. Volland z Davos-Dörfli mówił o przesadnéj obawie przed zaraźliwością suchot płucnych. Prelegent twierdził, że doświadczenia Corneta wykazują (?), że lasecznik gruźliczy we większéj odległości od chorego się nie znajduje, że tenże z plwocin w powietrze dostać się nie może (?), a zaraźliwość dla dorosłych przez wdychanie lasecznika nie istnieje, chyba u dzieci, które wprowadzają nieoględnie pył palcami do nosa i ust, skąd powstają gruczoły zołzowate, a dopiero z tych dostaje się zarazek drogą naczyń limfatycznych do płuc, jeżeli w późniejszym wieku odżywienie ustroju podupadło. Wyraz zdziwienia nad temi twierdzeniami, ani obserwacyją, ani doświadczeniami przez prelegenta niepopartemi, dali w dyskusyi Dr. Turban i Prof. Sahli. Odczyt prelegenta odpowiada zupełnie intencyjom tutejszych hotelierów i właścicieli domów czynszowych, którzy twierdzą, że specyjalnie w Davos (! suchoty płucne nie są zaraźliwe. To zapatrywanie było także powodem nieprzyjemnego zajścia dla mnie. Przyjechawszy do Davos w towarzystwie osoby zupełnie zdrowéj do hotelu, w którym od 25 laty przebywają suchotnicy, poleciłem jéj dla ostrożności, aby zamieszkała w innym domu, w którym jeszcze chorzy nie mieszkali. Właściciel hotelu, zresztą inteligenty człowiek, zawyrokował jednak, że albo osoba przynależna musi także mieszkać w hotelu, albo ja tenże mam opuścić, gdyż infekcyja w Davos nie ma miejsca, a dążeniem tutejszych mieszkańców jest, aby przyciągnąć i zdrowych na odpoczynek w sezonie letnim, kiedy hotele są próżne: gdyby zaś się dowiedziano, że lekarz wysyła z hotelu zdrową osobę z obawy przed infekcyją, toby nikt zdrowy do Davos nie zaglądnął.

W końcu przedstawił prof. Kaufmann z Zurychu zajmujący przypadek wola, wyleczonego bez zabiegu chirurgicznego. Chory dotyczący przybył do prelegenta z objawami bardzo znacznego obustronnego *struma*, które przy punkcyi okazało się jako *struma parenchymatosa*. Prelegent uważał wole jako nie dające się operować i odesłał chorego do domu, gdzie tenże z porady owczarza robił przez sześć tygodni tak gorące kataplazmy, jak tylko mógł wytrzymać. Poczem zrobiła się przetoka, z któréj wypływała ciecz przez kilka dni. Obecnie przedstawiony chory okazuje zamiast wola spory zwieszający się fałd skóry.

We wolnych chwilach od zajęć sekcyjnych zwiedzali członkowie różne lecznicze, naukowe i dobroczynne zakłady Davosu; jak: wzorowo prowadzony pensyjonat wychowawczy tak zwane Fredericianum; zakład dobroczynny dla niezamożnych chorych czyli Diaconissenanstalt i Sanatorium Dra Turbana, szpital miejscowy, zakład des infekcyjny, urządzenia kanalizacyjne i wodociągowe. Nadto sekcyje: botaniczna i geologiczna przedsięwzięły wycieczki w okoliczne góry; tylko tak zwana „Erdbebencommission“ nie miała się gdzie udać, ani nie mogła na szczęście złożyć rocznego sprawozdania ze swych badań. Nie brakło czasu i na przyjemności rozrywki, jak na wycieczki połączone ze zabawami w uroczych okolicach alpejskich, oraz na wspaniałe bankiety. Z całego pobytu wynieśli uczestnicy niezwykle mile wspomnienie nietylko o owéj wspaniałéj górskiéj miejscowości, ale też i serdecznéj gościnności jéj mieszkańców, zwłaszcza, jeżeli się zważy, że karta uczestnictwa kosztowała tylko 15 franków, a uprawniała do bezpłatnego trzydniowego korzystania z mieszkania, obiadów, festynów i wycieczek.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 września. Z d. 1 października rozpoczyna się urzędowo rok szkolny w Uniw. Jagiell. Rektorem w roku szkolnym 1890/1 będzie prof. Wydziału filozof. Dr. Zakrzewski, prorektorem prof. Korczyński. W skład kolegium profesorów Wydziału lek., którego dziekanem będzie prof. Rydel, a poddziekanim prof. Łazarski, wchodzi 11 profesorów zwyczajnych, 5 profesorów nadzwyczajnych i dwóch delegatów docentów prywatnych. Oprócz nich należy jeszcze do grona nauczycielskiego 5 profesorów nadzwyczajnych i 9 docentów prywatnych; wreszcie ustanowionych jest przy Wydziale lek. 19 asystentów i demonstratorów. W spisie wykładów po raz pierwszy napotykamy obok wykładów na Wydziale filozoficznym pod napisem „Studyjum rolnicze. Półrocze I“ 9 wykładów, odbyć się mających przez 6 prelegentów.

* W Cieplicach czeskich było do d. 3 bm. gości 6507.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Paryż.** Mianowani: Dr. Tillaux i Dr. le Dentu profesorami chirurgii. — **Florencyja**. Dr. Chiarugi zw. profesorem anatomii. — **Neapol**. Dr. Bianchi z Palermo nadzw. profesorem psychijatryi. — **Monachijum**. Docent prywatny Dr. Messarer mianowany został nadzw. profesorem medycyny sądowéj.

* **Nekrologija**. W Belfast umarł w 81 roku życia słynny okulista angielski Dr. Samuel Browne. Był on w roku 1870 burmistrzem Belfastu, a syn jego jest obecnie dyrektorem kliniki okulistycznéj tamże; w Miechowie umarł lekarz Henryk Jeliński, przeżywszy lat 79, na wsi zaś w Król. Polskiem b. ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, Teofil Zdzieński. W Pradze czeskiéj umarł z gruźlicy w 28 roku życia Dr. Franciszek Sumbera, b. asystent proff. Hlavy i Schwinga, autor licznych prac z dziedziny anatomii patologicznéj, lekarz piękne rokujący nadzieje.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 36 i 37. Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj (c. d.); w *Gaz. Lek.* Nr. 36: Dmochowskiego: Nowy sposób ilościowego określania acetonu w moczu; Puławskiego: Bulimija w następstwie wstrząśnienia mózgu.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1888, Lwów 1890, in 4-to str. 56. — Dr. K. SZADEK: Index Bibliographicus Dermatologiae I. Jahrg. za r. 1888, Hamburg u. Leipzig 1890 in 8 vo str. 81. — Tenże: Die therap. Verwendb. d. Jodols (odbitka z *W. med. Presse* 1890), in 8-vo str. 16. Tenże: Die Behandl. d. Syph. m. Hydr. thymolo-acet. (odbitka z *W. med. Woch.* 1890) in 8-vo str. 6. — Tenże: Ü. Behandl. d. Syph. m. Quecksilbersalicylat (odbitka z *W. klin. Woch.* 1890) str. 13. — Tenże: To samo po angielsku (odbitka z *Med. a. Surg. Reporter* 1890) in 8-vo str. 6. — Dr. Stella SAWICKI: Walka z mikrobami. (Od. z *Kosmosu* 1890) in 8-vo str. 9. — Dr. B. WICHERKIEWICZ: Inflammation de la sclérotique provoq. p. un corps étranger. (Odbitka z *Revue gén. d'Ophtalm.*) Paris 1890, in 8-vo, str. 6. — BARANOWSKI i SZPILMAN: Hygijena przystępnie ułożona. Lwów 1891, in 8-vo, str. 320. — NOISZEWSKI: Die Behandlung d. chron. Trachoms. Conjunctiva plastica. (Odbitka z *Centralbl. f. pract. Augenh.* 1890) in 8-vo stt. 3. — Dr. J. SCHAITTER: O szkodliwości wilgotnych mieszkań. (Odbitka z *Przewodnika Higijen.* 1890) in 8-vo, str. 23.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 1104. **KONKURS.**

Celem obsadzenia prowizorycznéj posady lekarza miejskiego do pełnienia służby zdrowia, oględzin zwłok, oględzin bydła na rzeź i w celu wydania paszportów, tudzież do dozorowania targów na bydło w gminie miasta Andrychowa rozpisuje się niniejszem konkurs.

Płaca roczna za pełnienie służby zdrowia i oględziny zwłok 300 złr., a za oględziny bydła i dozorowanie targów wynagrodzenie roczne w kwocie 100 złr.

Ubiegający się o tę posadę wnieść mają najpóźniéj do 25 września 1890 swe udokumentowane i ostęplowane podania na ręce urzędu gminnego miasta Andrychowa. 105—3—3

Andrychów, d. 31 sierpnia 1890. Burmistrz: *Pukalski.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.